

Zwischen Wissen und Nicht-Wissen: Verleugnungsprozesse bei Tumorerkrankungen

Watzel, Tilman

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Watzel, T. (2006). Zwischen Wissen und Nicht-Wissen: Verleugnungsprozesse bei Tumorerkrankungen. *Journal für Psychologie*, 14(3-4), 348-366. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-16935>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Zwischen Wissen und Nicht-Wissen

Verleugnungsprozesse bei Tumorerkrankungen

Tilman Watzel

Zusammenfassung

Die Konfrontation mit einer potentiell tödlichen Erkrankung bringt den Erkrankten und sein soziales Umfeld mit existenziellen Ängsten in Kontakt, die für die meisten Menschen eine Überforderung darstellen und einen gravierenden Einschnitt in den individuellen Lebensentwurf bedeuten. Ein Versuch, die bedrohliche Wirklichkeit der Krankheit auf Distanz zu halten, besteht in dem Abwehrmechanismus der Verleugnung, der auf vielfältige Weise in Erscheinung treten kann. Der Aufsatz beschäftigt sich mit Verleugnungsprozessen bei Tumorerkrankungen aus psychoanalytischer Perspektive und vertieft insbesondere den Aspekt der Fassade, die die Betroffenen errichten, um sich und ihre Angehörigen zu schützen. In diesem Zusammenhang wird das Konzept des Falschen Selbst von Winnicott herangezogen, um das Phänomen besser verstehen zu können.

Schlagwörter

Verleugnung, Falsches Selbst, Abwehrmechanismen, Psychoonkologie, Prävention.

Summary

Between Knowing and Not-Knowing. Mechanisms of defense in cases of tumorous illness

Confronted with a potentially fatal illness, the tumor patient and his social environment face existential fears that generally present a nearly overwhelming challenge and a severe cut in the individual life plans. One attempt to keep the threatening reality of the illness at a distance is found in the process of denial, a mechanism of defense which can manifest itself in manifold ways. This article examines denial processes in tumor patients from a psychoanalytical perspective. The main focus lies upon the aspect of the façade that tumor patients can build up in order to protect

themselves and their family. Winnicott's concept of a False Self is drawn upon to gain insight into this phenomenon.

Keywords

Denial, false self, mechanisms of defense, psychooncology, prevention.

Einführung

„Vorm Tode sich fürchten, hat keinen Zweck. Man erlebt ihn ja nicht, wenn er kommt, ist man weg [...].“ Diese Worte aus einem Berliner Gassenhauer von Otto Reutter (1919) spiegeln das Verhältnis vieler Menschen zum Tod wider, gleichzeitig ist diese Position nicht weit von der Todesvorstellung Epikurs entfernt, der die Auffassung vertritt, der Tod entziehe sich grundsätzlich der Erkenntnistätigkeit des Menschen: „Solange wir da sind, ist er nicht da, und wenn er da ist, sind wir nicht mehr“ (Epikur, zit. n. Hügli 1998, 1229). Die Kongruenz der Aussagen – Epikur einerseits und Berliner Couplet andererseits – weist darauf hin, dass Menschen früher wie heute eine ähnliche Haltung dem Tod gegenüber eingenommen haben und es ist gewiss nicht gewagt, darin ein Zeugnis der Angst zu erkennen, die das Thema auslöst. Diese Beobachtung ist auch Freud (1919, 255) nicht entgangen: „... auf kaum einem anderen Gebiete hat sich unser Denken und Fühlen seit den Urzeiten so wenig verändert, ist das Alte unter dünner Decke so gut erhalten geblieben, wie in unserer Beziehung zum Tode.“ Die Angst davor begleitet den Menschen von seinem ersten Lebenstag an und tritt in unterschiedlichen Formen in Erscheinung. Gadamer hat dies in besonders treffender Weise zum Ausdruck gebracht: „Angst zu kennen und den Tod nicht begreifen zu können – das ist der nie ganz verhallende Geburtsschrei des Menschen“ (Gadamer 1993b, 200). Die Existenz dieser Angst – die vom Ursprung her eine Todesangst ist – lässt Zweifel an der eingangs artikulierten Hoffnung aufkommen, man würde dem Tod niemals begegnen, und führt hin zu der Frage, welchen Ort der Tod bereits im Leben hat und wie er teils im Verborgenen seine Wirkung entfaltet.

Den destruktiven Kräften, die im Menschen zu Lebzeiten gedeihen, ist in der Philosophie und Psychologie bereits in hohem Maße Aufmerksamkeit geschenkt worden (z. B. Nietzsche, Freud, M. Klein), und dennoch gilt es, das Thema heute wieder in den Mittelpunkt zu rücken, da das autoaggressive Potential des Menschen in den Konzepten und dem Menschenbild heutiger Gesundheitspolitiker keine Berücksichtigung findet. Für den Autor dieses Artikels war eine empirische Arbeit mit dem Titel „Verleugnungsprozesse bei Tumorerkrankungen“ ausschlaggebend, sich mit dieser Thematik auseinander-

zusetzen. Die in diesem Zusammenhang interviewten Patienten haben frühzeitig die Warnzeichen ihrer Krankheit erkannt, jedoch erst in einem deutlich fortgeschrittenen Stadium ärztliche Hilfe aufgesucht. Die Intention des Autors lag insbesondere darin, die Dynamik zu verstehen, die sich hinter der Verzögerung des Arztbesuchs verborgen hält.

Im Rahmen der Untersuchung, die diesem Artikel zugrunde liegt (Watzel 2002), haben im Zeitraum zwischen Mai und Juni 2002 fünf Personen an umfangreichen Interviews teilgenommen mit einer Dauer von 90 bis 120 Minuten. Diese wurden mit einer Ausnahme in den Räumlichkeiten der Kliniken geführt, in denen die Interviewpartner in Behandlung gewesen sind. Die folgende Tabelle (Tab. 1) gibt Auskunft über wichtige sozio-demographische Daten der beteiligten Patienten, über die Art der Tumorerkrankung und die Zeit, die zwischen der Entdeckung des Tumors und dem ersten Arztbesuch vergangen ist.

Tab. 1: Sozio-demographische Daten der Interviewteilnehmer

Interview-partner	Alter	Alter bei der Diagnose	Art der Tumorerkrankung	Familienstand	Kinder (Anzahl)	Verzögerung der Diagnose
Herr A	44 J.	44 J.	Leukämie	verheiratet	3	Ca. 4 Wochen
Frau B	53 J.	46 J.	Brustkrebs	verheiratet	3	mehrere Monate ¹
Herr C	61 J.	56 J.	Lymphom	verheiratet	keine	keine
Frau D	62 J.	60 J.	Weichteilsar-kom	verheiratet	3	6 Monate
Frau E	63 J.	53 J.	Knochenkrebs	verheiratet	1	6 Monate

Um die Vergleichbarkeit der Probanden zu gewährleisten, sollten alle zum Zeitpunkt der Erkrankung berufstätig gewesen sein und den Arztbesuch über Wochen bzw. Monate hinausgezögert haben. Die Auswahl der Patienten für die Untersuchung erfolgte durch Ärzte, da ihre Einschätzung nicht nur den Zeitraum einbezieht, der zwischen der Wahrnehmung der Symptome und dem ersten Arztbesuch liegt, sondern auch die Art der Tumorerkrankung und die Intensität der Symptome berücksichtigt. Deshalb wurde das Urteil des Arztes zum Auswahlkriterium und auf die Festlegung einer Grenze, ab der die verstrichene Zeit als Verzögerung gewertet wird, verzichtet. Wie Tabelle-1 zu entnehmen ist, war Herr C für die Untersuchung der Fragestellung dieser

¹ Intervall ist nicht genau bestimmbar.

Arbeit ungeeignet, da keine Verzögerung bei ihm festgestellt werden konnte, wie sich erst im Interview herausstellte. Das Interview mit ihm wurde daher nicht systematisch ausgewertet und allein zur Kontrastierung herangezogen. Methodisch orientierte sich die Erhebung der Interviews an den Grundsätzen des *problemzentrierten Interviews* nach Witzel (1982). Die Auswertung folgte den Empfehlungen des *Zirkulären Dekonstruierens* von Jaeggi, Faas und Mruck (1998).

Die Untersuchung hat gezeigt, dass Verleugnungsprozesse nicht in einem linearen Kausalschema untergebracht werden können, sondern nach einer vernetzten Perspektive verlangen, aus der das komplexe Geschehen, in die jeweilige Biographie eingebettet, verstehbar wird.

Der Verleugnungsbegriff bei S. Freud

Schon lange wird in der Philosophie die Frage diskutiert, wie viel schmerzhaftige Wirklichkeit und Wahrheit der Mensch vertrage, ohne daran zugrunde zu gehen. Insbesondere Nietzsche hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, ob „es nicht zu den Grundbeschaffenheiten des Daseins gehören könnte, dass man an seiner völligen Erkenntnis zu Grunde gienge, – so dass sich die Stärke eines Geistes darnach bemässe, wie viel er von der ‚Wahrheit‘ gerade noch aushielte, deutlicher, bis zu welchem Grade er sie verdünnt, verhüllt, versüsst, verdumft, verfälscht nöthig hätte“ (Nietzsche 1886, 56–57). Auch Gadamer betont, dass Selbsttäuschungen als Antwort auf Krankheit und die damit verbundenen Ängste durchaus in der Natur des Menschen liegen: „An sich gehört es zu den Balancekünsten des Lebens, daß man das Störende zu vergessen oder zu betäuben betrachtet, und zu den Mitteln solcher Balancierungskunst gehört gerade auch intelligentes Verhalten, etwa in Form des Selbstbetrugs, des scharfsinnigen Nichtwahrhabenwollens der Krankheit. Denn Krankheit als Verlust der Gesundheit, der ungestörten ‚Freiheit‘, bedeutet stets eine Art Ausgeschlossenheit vom ‚Leben‘“ (Gadamer 1993a, 77–78).

Es ist Sigmund Freud, der dieses Nichtwahrhabenwollen 1924 erstmals als *Verleugnung* konzeptualisiert und zunächst zur Unterscheidung von Neurose und Psychose in die Psychoanalyse einführt. Er beschreibt diesen Abwehrmechanismus in „Der Realitätsverlust bei Neurosen und Psychosen“ mit folgenden Worten: „Der anfängliche Unterschied kommt dann im Endergebnis in der Art zum Ausdruck, daß bei der Neurose ein Stück der Realität fluchtartig vermieden, bei der Psychose aber umgebaut wird. Oder: bei der Psychose folgt auf die anfängliche Flucht eine aktive Phase des Umbaus, bei der Neurose auf den anfänglichen Gehorsam ein nachträglicher Fluchtversuch. Oder noch anders ausgedrückt: Die Neurose verleugnet die Realität nicht, sie will nur

nichts von ihr wissen; die Psychose verleugnet sie und sucht sie zu ersetzen“ (Freud 1924, 365).

Erst später (1938) beschreibt Freud die Verleugnung auch im Zusammenhang mit neurotischem Verhalten beim Erwachsenen. Als Beispiel dient ihm der Fetischismus. Der Fetischist verleugnet nach Freud die Penislosigkeit der Frau und erschafft einen Ersatz in Form des Fetischs, um den Beweis für die Möglichkeit der Kastration zu eliminieren. Die motivierende Kraft für das Ausweichen auf einen Fetisch besteht in der Kastrationsangst, die aus der Wahrnehmung des Penislosigkeit der Frau resultiert. Anerkennen und Verleugnen ein und derselben Tatsache existieren nebeneinander in der Person. Freud beschreibt diesen Zustand folgendermaßen: „Einerseits verleugnen sie [die Fetischisten, A. d. A.] die Tatsache ihrer Wahrnehmung, dass sie am weiblichen Genitale keinen Penis gesehen haben, andererseits anerkennen sie den Penismangel des Weibes und ziehen aus ihm die richtigen Schlüsse. Die beiden Einstellungen bestehen das ganze Leben hindurch nebeneinander, ohne sich gegenseitig zu beeinflussen. Das ist, was man eine Ichspaltung nennen darf“ (Freud 1938, 134).

Der Terminus der Ichspaltung ist für das Verständnis der Verleugnung von entscheidender Bedeutung. Die Koexistenz zweier gegensätzlicher Einstellungen im Ich gegenüber der äußeren Realität, die sich gegenseitig nicht beeinflussen, ist das Ergebnis zweier Abwehrformen im Ich. Während auf der einen Seite Verleugnung eingesetzt wird, um Wahrnehmungen der äußeren Realität abzuwehren, erfolgt andererseits die Abwehr eines Triebes, was nicht selten zur Ausbildung neurotischer Symptome führt (vgl. Laplanche u. Pontalis 1999). Bemerkenswert ist dabei, dass es nicht zu einer Kompromissbildung zwischen beiden Strebungen kommt, sondern beide nebeneinander und unabhängig voneinander aufrechterhalten werden. Die Ichspaltung ist demnach das Resultat intrasystemischer Prozesse, keine Spaltung zwischen Instanzen. Dies ist für Freud der entscheidende Unterschied zwischen Verleugnung und Verdrängung. Während die Verdrängung aus einem Konflikt zwischen zwei Instanzen, z. B. dem Ich und dem Es, hervorgeht, richtet sich die Verleugnung als Abwehrstrategie des Ichs gegen die Wahrnehmungsfunktion des Ichs (vgl. Laplanche u. Pontalis 1999).

„Dass in Bezug auf ein bestimmtes Verhalten zwei verschiedene Einstellungen im Seelenleben der Person bestehen, einander entgegengesetzt und unabhängig von einander, ist ja ein allgemeiner Charakter der Neurosen, nur dass dann die eine dem Ich angehört, die gegensätzliche als verdrängt dem Es. Der Unterschied der beiden Fälle ist im Wesentlichen ein topischer oder struktureller und es ist nicht immer leicht zu entscheiden, mit welcher der beiden Möglichkeiten man es im einzelnen Fall zu tun hat“ (Freud 1938, 135).

Gemeinsames Merkmal sowohl der Verdrängung als auch der Verleugnung ist nach Freuds Auffassung die grundlegende Tatsache, dass beide Prozesse unbewusst ablaufen und niemals komplett gelingen. Auch die im Abwehr-

kampf unterliegende Strebung wirkt sich in der einen oder anderen Form auf das Seelenleben der verdrängenden oder verleugnenden Person aus.

Laplanche und Pontalis (1999, 597) diskutieren im Zusammenhang mit dem Mechanismus der Verleugnung einen insbesondere für die Fragestellung dieser Arbeit zentralen Aspekt: „Wenn die Verleugnung der Kastration das Vorbild und vielleicht sogar der Ursprung der anderen Realitätsverleugnungen ist, dann empfiehlt es sich zu fragen, was Freud unter ‚Realität‘ der Kastration oder Wahrnehmung dieser Kastration versteht.“ Wie bereits oben ausgeführt, resultiert bei Freud die Kastrationsangst nicht allein aus der Wahrnehmung der Penislosigkeit der Frau. Diese wirkt erst im Zusammenhang mit der Kastrationsdrohung durch den Vater, d. h. die Wahrnehmung eines Aspekts der äußeren Realität erklärt nicht hinreichend die nachfolgende Verleugnung. Erst durch die Verknüpfung der Wahrnehmung mit einem bedrohlichen Baustein der inneren Realität wird der Abwehrmechanismus aktiviert. Bezogen auf die Kastrationsangst wird entsprechend nicht die Wahrnehmung als solche verleugnet, sondern eine bedrohliche Theorie zur Erklärung derselben. Laplanche und Pontalis (1999, 598) fragen daher: „[...] ob die Verleugnung [...] sich nicht eher auf ein Grundelement der menschlichen Realität als auf eine hypothetische ‚Wahrnehmungstatsache‘ bezieht.“ Analog kann gefolgert werden, dass es im Zusammenhang mit bedrohlicher Krankheit weniger die Wahrnehmung des Symptoms ist, die zurückgewiesen wird, sondern vielmehr die Theorie über dessen Entstehung. Verweist eine solche Theorie beim Betroffenen auf Krebs, sieht er sich mit dem Tod und den damit verbundenen Ängsten konfrontiert. Der Umgang damit steht im Mittelpunkt der Arbeit, die im Folgenden vorgestellt werden soll.

Die Ergebnisse im Überblick

Folgende übergeordnete Zusammenhänge haben sich im Rahmen der Arbeit ergeben: Verletzungen in der Kindheit und Jugend – v. a. psychische – haben im Verlauf der Biographie zu individuellen Formen von Abwehrreaktionen geführt, von denen sich im Rahmen dieser Untersuchung der Rollen aspekt – im Sinne einer Fassade – als charakteristisch und bedeutsam herausgestellt hat. Die Kränkungen und Verletzungen, die bei allen Interviewten in soziale Beziehungen eingebunden sind, führen heute dazu, dass alte Beziehungsmuster und unerfüllte Bedürfnisse in aktuelle Beziehungen – auch in die Arzt-Patient-Beziehung – eingebracht werden und damit das Gesundheitsverhalten prägen. Diese grobe Übersicht soll nun durch eine detaillierte Ausführung ergänzt werden.

Verleugnung

Verleugnung ist als Gegenstand dieser Untersuchung zentraler Aspekt in den Interviews mit Betroffenen einer Tumorerkrankung. Es geht gewissermaßen um den „Phänotyp“ der Verleugnung, d. h. von Interesse sind die Fragen, wie Verleugnung bei den Betroffenen in Erscheinung tritt und welche überindividuellen Muster sich aus dem Vergleich der Befragten ergeben.

Es ließen sich folgende Verleugnungsreaktionen beobachten: Alle Befragten wehren Gedanken an die Krankheit ab – schieben sie aus ihrem Wahrnehmungsfeld. Die Abwehrhaltung weist dabei eine interessante Besonderheit auf: In den Aussagen aller Interviewten findet sich ein erstaunliches Nebeneinander von Eingeständnis der Krankheit und ihrer Zurückweisung – von Wissen und Nicht-Wissen, z. B.:

Fr. D: „Na, ich hab mir schon gedacht, dass das Krebs ist oder irgend sowas ... Aber, nee also ich denke doch so richtig an Krebs habe ich doch nicht gedacht. Nur an so einen Grießbeutel ... Im Hinterkopf hat man es ja nachher, natürlich ... man kann es ja nicht verleugnen.“

Fr. B: „.... ich belüge mich immer selber.“

Fr. E: „Bloß weil ich das damals schon mit der Brust hatte, da habe ich gedacht „Na?“. Aber ich habe an so etwas nicht gedacht.“

Charakteristisch ist bei den Befragten auch die Vermeidung des Themas innerhalb der Familie. Während Herr A, Frau B und Frau E explizit davon berichten, dass ein offener Austausch innerhalb der Familie nicht möglich gewesen sei, teilt sich dies bei Frau D über die Tatsache mit, dass sie und ihr Lebenspartner nach der Behandlungsphase einen gemeinsamen Zusammenbruch erlitten hätten, der auch aus ihrer Sicht mit der gemeinsamen Verleugnung der Krankheit und den damit einhergehenden Sorgen und Ängsten in Zusammenhang steht. Die Kinder der Interviewpartner, die teilweise erwachsen sind, werden entweder nicht umfassend informiert oder durch Außenstehende aufgeklärt.

Ein wichtiges Ziel, das durch Verleugnung zu erreichen versucht wird, ist bei allen Befragten die Aufrechterhaltung der Normalität. Es geht darum, die Geborgenheit, die in den Rollen und Aktivitäten des Alltags gefunden wird, zu bewahren und nicht durch die bedrohliche Sphäre der Krankheit ins Abseits zu geraten. Bei Herrn A und Frau D ist dieser Aspekt besonders deutlich ausgeprägt. Herr A behält auch in Phasen stärkster Belastung gewohnte Alltagshandlungen bei, verlässt das Bett am Morgen, frühstückt am Tisch und empfängt die Ärzte möglichst aufrecht stehend – auf gleicher Augenhöhe. Auch Frau D wehrt sich gegen die Patientenrolle, behält zunächst das Wissen um den Tumor für sich, meidet im Krankenhaus das passive Versorgt-Werden und mischt sich unauffällig unter das Pflgeteam. Bei Frau B zeigt sich diese Haltung eher im häuslichen und familiären Umfeld, während bei Frau E der Wunsch nach

Normalität seinen Ausdruck in der Trauer um den Verlust des gewohnten Alltags findet, da eine Rückkehr in ihn aufgrund der dauerhaften Beeinträchtigung durch die Krankheit unmöglich ist.

Auffällig ist der Umgang mit dem Thema Tod. Frau B, Frau D und Frau E möchten jegliche Berührung mit dem Thema vermeiden. Während bei Frau B die Zurückweisung des Todes sich auf Situationen beschränkt, die damit in Zusammenhang stehen (z. B. Besuche auf dem Friedhof), weicht Frau E bereits dem Wort „Tod“ aus. Beiden ist jedoch bewusst, dass eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit notwendig wäre. Frau D weist die Möglichkeit des Todes gänzlich zurück. Weil der Tod gar nicht denkbar ist, wird bei ihr auch keine Angst davor spürbar.

Für Herrn A spielt das Thema eine wichtige Rolle. Auffällig ist dabei die nachdrückliche Betonung der Angstlosigkeit in diesem Zusammenhang:

„(...) ich hab’ davor keinerlei Angst. Ich weiß, dass das etwas ganz normales, etwas vollkommen Natürliches ist. Also davor hatte ich keine Angst, überhaupt nicht, nicht die mindeste, auch heute nicht! Also das hat mir keine Angst gemacht gehabt.“

Verletzung

Herr A, Frau B und Frau D berichten von Verletzungen und Kränkungen während der Kindheit, die nachhaltig wirksam und wach im Gedächtnis sind. Die Atmosphäre im Elternhaus von Herrn A und Frau D ist durch Kälte, Pragmatismus, und Gleichgültigkeit geprägt, während bei Frau B das Fehlen des Vaters und die teilweise raue Behandlung durch die Mutter im Mittelpunkt steht. Frau E wird als Einzelkind von den Eltern nicht losgelassen – Separation findet nicht wirklich statt – und sie fühlt sich als Kind für die an einer mysteriösen Krankheit leidende Mutter verantwortlich. Zudem scheinen Sorgen und Probleme innerhalb der Familie nicht offen kommunizierbar gewesen zu sein.

Die Erfahrungen im Umgang mit Krankheit, die die Befragten in ihren Herkunftsfamilien gemacht haben, weisen interessante Gemeinsamkeiten auf. Es scheint, als hätten sie nicht wirklich krank sein dürfen. Herr A wurde krank in die Schule geschickt und erst bei alarmierender Beeinträchtigung geschont – besondere Wärme und Fürsorge habe es jedoch auch dann nicht gegeben. Frau D kann sich nicht an Erkrankungen in der Kindheit erinnern und berichtet lediglich von Erfahrungen in der Jugend. Vor dem Hintergrund der kühlen und von Desinteresse geprägten Familienatmosphäre, von der Frau D berichtet, scheinen die Schilderungen der Mutter – als warmherzig und fürsorglich während der Krankheit – fragwürdig und lassen sich eher als Ausdruck des Wunsches nach Liebe und Aufmerksamkeit lesen, die sie damals vermisst hat. Frau E und Frau B berichten, bei Krankheit von der Mutter sehr fürsorglich behandelt worden zu sein. Auffällig ist in der Familie von Frau E die Tatsache,

dass ein Arztbesuch eine Maßnahme zu sein scheint, die nur bei gravierenden Beeinträchtigungen in Frage kommt.

Vor dem Hintergrund, nicht krank sein zu dürfen, ließe sich die Verzögerung des Arztbesuchs und das In-Kauf-Nehmen eines schweren Krankheitsverlaufs im Sinne einer malignen Regression verstehen, hinter der eine tiefe Sehnsucht nach Ruhe und Erlösung aus dem einengenden Alltag steht, die in letzter Konsequenz auch den Tod als Möglichkeit mit einbezieht.

Eine teilweise Jahrzehnte lang zurückliegende Erfahrung, die Frau B, Frau D und Frau E teilen, ist die Konfrontation mit einem Brustkrebsverdacht. Bei Frau D und Frau E ist der Tumorverdacht so groß, dass sie operiert werden müssen, während bei Frau B nichts festgestellt werden kann. In ihrer Wahrnehmung sind jedoch die damaligen Beschwerden bereits Vorstufen des späteren Krebsleidens gewesen. In der Kindheit und Jugend von Herrn A stehen andere einschneidende Erfahrungen im Vordergrund. Er berichtet von mehreren Nahtoderlebnissen, die sich im Zusammenhang mit verschiedenen Unfällen ereignet hätten.

Die teilweise ähnlichen Erfahrungen der Befragten finden in gleichartigen Reaktionen ihre Entsprechung. Aggression und Kampf sind bei Herrn A, Frau B und Frau E zentrale Merkmale des Reagierens, während bei Frau D die Aggressionshemmung und die Verleugnung so stark zu sein scheint, dass Kampf als Antwort auf die belastende Situation nicht in Frage kommt.

Bei allen Interviewten werden Anklagen an die Medizin und die Ärzte laut, die für Fehler und Fehlentwicklungen verantwortlich gemacht werden. Die Form der Artikulation fällt ihrem jeweiligen Charakter entsprechend aus. Frau B klagt – offen aggressiv – konkrete Ärzte an, von denen sie enttäuscht ist, während Frau D nur unterschwellig zu Kritik fähig ist. Die Anklagen von Herrn A und Frau E richten sich eher gegen das System der Medizin, sind dabei jedoch nicht weniger emotional.

Als weitere Reaktionen auf Belastungen können Omnipotenzvorstellungen (Herr A, Frau D und Frau E) und masochistische Tendenzen (Frau B und D) ausfindig gemacht werden.

Die Rolle als Schutz und Gefängnis

Der Rollenaspekt stellt einen Sonderfall der Reaktion auf Verletzung dar. Die Befragten werden als Menschen – d. h. so wie sie sind – nicht wahrgenommen und errichten um sich herum eine Fassade, die nach außen hin den Erwartungen des Umfelds entspricht. Dieser Schutzschild scheint im Rahmen der Krankheit noch wichtiger zu werden. Für jeden der Befragten spielt dabei eine andere subjektive Norm eine hervorgehobene Rolle. Herr A darf nicht krank sein, denn Krankheit bedeutet Schwäche und wer schwach ist – so argumentiert er im Sinne Darwins – wird aufgefressen. Frau B muss weiterhin „die

Starke“ und Frau D „die Optimistische“ sein, während Frau E der verinnerlichten Forderung folgt, sich Sorgen und Ängste nicht anmerken zu lassen. Hinter der Fassade herrschen dagegen Einsamkeit und Trauer.

Die Kluft zwischen der innerpsychischen Realität und dem Bild, das nach außen vermittelt wird, nehmen alle Befragten wahr, was in diesem Maße eher ungewöhnlich ist und möglicherweise in einem Zusammenhang mit der Krankheitserfahrung steht. Frau E fühlt sich missverstanden, wenn die vermeintliche Stärke, die sie an den Tag legt, von Freunden gelobt wird. Bei Frau D dominiert hinter der Optimismus-Fassade Resignation, weil ihr niemand helfen könne. Daher mache es keinen Sinn, das eigene Leid anderen anzuvertrauen. Ähnlich äußert sich Herr A, der davon ausgeht, dass sich ohnehin niemand dafür interessiert, wie es ihm geht.

Mit dem Rollenaspekt ist untrennbar das Leistungsmotiv verbunden. Es tritt in allen Interviews auf und scheint im Alltag und auch in der Krankheit zu dominieren. Lediglich über das gelungene Ausfüllen von Rollen und damit über Leistung wahrgenommen zu werden, empfinden die Betroffenen als Kränkung. Sie wünschen sich Liebe und Aufmerksamkeit, die nicht an Bedingungen geknüpft ist.

Arzt-Patient-Beziehung

Die Beziehungsmuster sowie die Wünsche und Bedürfnisse, die in die aktuellen Beziehungen eingebracht werden, leiten sich aus der individuellen Lebensgeschichte her. Die Untersuchung hat gezeigt, dass diese auch in der Arzt-Patient-Beziehung sichtbar werden und somit die Annahme gerechtfertigt erscheint, dass die Befragten gleiche Maßstäbe an das vordergründig institutionalisierte Verhältnis anlegen. Der Wunsch nach Fürsorge und Anerkennung wird von allen Interviewteilnehmern geäußert und steht bei der Beschreibung des „idealen Arztes“ weit vor den medizinisch-technischen Fähigkeiten. Herr A wünscht sich in erster Linie, als Mensch ernst- und wahrgenommen zu werden, wesentliche Bedürfnisse, die im Elternhaus zu kurz gekommen sind. Auch Frau B möchte gehört und einbezogen werden und wünscht sich einen Arzt, der sich selbst hinterfragt und der nicht von seiner Unfehlbarkeit überzeugt ist. Frau E legt Wert auf eine vertrauensvolle Beziehung, in der der Arzt umsichtig und rücksichtsvoll agiert, während Frau D ein sehr enges, familiäres Verhältnis zum (Haus-)Arzt anstrebt.

Aus den Erzählungen der Befragten wird deutlich, dass sie meist das Gegenteil dessen erfahren haben, was sie sich wünschen. Herr A und Frau B fühlen sich häufig übergangen und unwürdig behandelt. Frau D und Frau E berichten von einzelnen Situationen, in denen ihnen Ärzte nicht adäquat begegnet seien. Während Frau E die direkte Art des Arztes zurückweist, die dem

Verhältnis unangemessen gewesen sei, fühlt sich Frau D durch den Tonfall des Arztes verletzt.

Bei allen Befragten wird der Zusammenhang zwischen Beziehungsmustern und dem Inanspruchnahmeverhalten von ärztlicher Hilfe deutlich. Kindheits-erfahrungen bezogen auf Krankheit schwingen in den skeptischen Aussagen von Herrn A gegenüber Ärzten mit und münden in der Aussage, nicht zu den Menschen zu gehören, die zum Arzt gingen. Frau B muss ihr Leid so lange ertragen, bis es gar nicht mehr geht, ehe sie es sich gestattet, zum Arzt zu gehen. Daraus sprechen Minderwertigkeitsgefühle und Leistungsansprüche, die sich bei der Betrachtung ihrer Biographie nachvollziehen lassen. Frau D integriert den Hausarzt in die Familie und muss bedrohliches Wissen vor ihm geheim halten, um sich in der Symbiose zu schützen. Angst wird erst dann wirklich virulent, wenn die Bedrohung durch die Spiegelung des Umfelds zur Realität wird. Dann scheint Verleugnung nicht mehr in gleichem Maß möglich zu sein. Gleichzeitig kann die Geheimhaltung auf einer tieferen Ebene als Ausdruck des Wunsches nach Separation und Auflösung der einschränkenden Symbiose verstanden werden. Die Geheimhaltung vor dem Ehemann und der Familie lässt sich als ein Versuch der Abgrenzung verstehen, der aggressive Züge trägt und bei dem überdies das eigene Leben aufs Spiel gesetzt wird.

Frau E lebt auch heute noch nach der in der Kindheit verinnerlichten Norm, dass ein Arzt erst dann aufgesucht werden darf, wenn ein handfester Grund dazu besteht.

Die Zusammenhänge zwischen „Verletzung“, „Die Rolle als Schutz und Gefängnis“ und „Arzt-Patient-Beziehung“ ermöglichen das Nachvollziehen der individuellen Problematik, bleiben dabei jedoch auf einer deskriptiven Ebene und geben nicht erschöpfend Antwort auf das „Warum“ der Verleugnung. Eine einfache Antwort darauf kann es auch nicht geben, schon gar nicht auf der Grundlage von vier Einzelfällen. Besondere Relevanz scheint dennoch der gefundene Aspekt der Fassade zu haben – das Gefühl unecht zu sein, anderen lediglich das zu präsentieren, was diese sehen möchten. Es soll daher im Folgenden dieses Konstrukt genauer betrachtet und mit Konzepten aus der Psychoanalyse erklärt werden.

Protagonisten wider Willen

„... Unser Leib ist ja nur ein Gesellschaftsbau vieler Seelen“ resümiert Nietzsche (1886, 33) und nimmt damit bereits vieles von dem Vorweg, was nach ihm die Soziologie und Psychologie beschäftigt. Das Phänomen, das im Mittelpunkt dieses Artikels steht – das Hinauszögern des Aufsuchens ärztlicher Hilfe scheinbar ungeachtet der Tatsache,

dass schwerwiegende Krankheitszeichen auf einen pathologischen Prozess hindeuten – ist vielschichtig und geprägt von der individuellen Geschichte sozialer Beziehungen. Zum einen lässt sich dieses Verhalten als Ausdruck der Anpassung an Werte und Normen des sozialen Umfelds verstehen. Nach George Herbert Mead ist der Mensch von Anfang an auf die Anerkennung seiner Person durch seine soziale Umwelt angewiesen: „... in dem Maße, in dem der Heranwachsende seine Interaktionspartner auf dem Weg der Verinnerlichung ihrer normativen Einstellungen anerkennt, kann er sich selbst als ein Mitglied ihres sozialen Kooperationszusammenhangs anerkannt wissen“ (G. H. Mead, zit. n. Honneth 1994, 126). Zum anderen, wenn – wie bei den Interviewten dieser Untersuchung – Gesundheit zur Norm gemacht und Kranksein vom sozialen Umfeld als Zeichen von Schwäche abgelehnt wird, ist es nachvollziehbar, dass Krankheit nicht zugelassen und Gesundheit – wenn auch nur in der Illusion – so lange wie möglich aufrechterhalten wird. Aber gerade diese Reaktion kalkuliert ein Voranschreiten der Krankheit und in letzter Konsequenz den Tod mit ein. Die Aufdeckung von Tendenzen dieser Art im Menschen hat insbesondere die Psychoanalyse beschäftigt. Nach den Erkenntnissen, die sie hervorgebracht hat, lassen sich die von den Interviewten gezeigten Reaktionen als Ausdruck einer depressiven Persönlichkeitsstruktur verstehen. In „Das Ich und das Es“ erklärt Freud (1923, 283) diesen Zusammenhang: „Wenden wir uns zunächst zur Melancholie, so finden wir, daß das überstarke Über-Ich, welches das Bewußtsein an sich gerissen hat, gegen das Ich mit schonungsloser Heftigkeit wütet, als ob es sich des ganzen im Individuum verfügbaren Sadismus bemächtigt hätte. Nach unserer Auffassung des Sadismus würden wir sagen, die destruktive Komponente habe sich im Über-Ich abgelagert und gegen das Ich gewendet. Was nun im Über-Ich herrscht, ist wie eine Reinkultur des Todestriebes, und wirklich gelingt es diesem oft genug, das Ich in den Tod zu treiben, wenn das Ich sich nicht vorher durch den Umschlag in Manie seines Tyrannen erwehrt.“

Freud bestreitet vehement die Auffassung, dass jede Angst eigentlich eine Todesangst sei (vgl. Freud 1923). Er hält daher an seiner Meinung fest, dass das Erleben von Todesangst auf der Verarbeitung der Kastrationsangst beruhe. Pontalis meint hierin eine Verleugnung des Todes und der damit verbundenen Angst zu entdecken: „Ist dieses ‚Ich halte darum ... fest‘ nicht entlarvend für Freuds Wunsch: Wenn doch nur die ganze Angelegenheit durch den Ödipus geregelt werden könnte, durch den Ödipus als Eroberer, wobei man den Mordversuch am Kind Ödipus stillschweigend übergeht und auch vergisst, dass über den Vaternord hinaus der Selbstmord des Ödipus und der von Iokaste der Preis ist, der für die Überschreitung bezahlt wird“ (Pontalis 1998, 214). Für Pontalis ist daher die Thematik des Todes genauso konstitutiv für die Psychoanalyse wie die der Sexualität.

Auch Winnicott zieht die Todestriebtheorie in Zweifel. Nach seiner Ansicht ist das Todestriebkonzept falsch, was er folgendermaßen begründet: „Der Tod

wird in den Lebensprozessen des Säuglings erst bedeutungsvoll, wenn der Haß aufgetaucht ist; das geschieht spät, weit entfernt von den Erscheinungen, die wir verwenden können, um eine Theorie von den Wurzeln der Aggression zu bilden. Für mich ist es daher nichts wert, das Wort Tod mit dem Wort Trieb zu verknüpfen, und noch weniger ist es wert, Haß und Wut durch das Wort Todestrieb zu bezeichnen“ (Winnicott 1988, 251). Nach seinem Verständnis kann dem Verhalten der Interviewten folgende Fehlentwicklung zugrunde liegen: Die Befragten werden als Menschen – d. h. so wie sie sind – nicht wahrgenommen und errichten um sich herum eine Fassade, die nach außen hin den Erwartungen des Umfelds entspricht und so die soziale Integration sichert. Mit Winnicott (1983) ließe sich dies auf eine Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung zurückführen. Um eine ungestörte Entwicklung des Säuglings zu ermöglichen, muss sich die Mutter an die frühkindlichen Bedürfnisse des Kindes anpassen und ihm die Illusion vermitteln, dass die Welt unter seiner omnipotenten Kontrolle stehe. Erst aus einer solchen Beziehung heraus kann sich das wahre Selbst des Kindes entwickeln, das die äußere Realität allmählich annehmen kann (vgl. Stork 1983). Fehlt diese anpassungsfähige Mutter, setzt – nach Winnicott – die Entwicklung ein, die zu der Fassade geführt haben könnte, von der die Interviewten berichten. Stork (1983, 17) beschreibt den Vorgang folgendermaßen: „Man könnte erwarten, daß der Säugling physisch stirbt, aber er überlebt, nur, er lebt falsch. Er wird in eine falsche Existenz gezwungen, zum Sich-Fügen verführt; etwas, was man schon in den frühesten Stadien beobachten kann. Dann reagiert ein gefügiges falsches Selbst auf die Umweltforderungen und ein falsches System von Beziehungen baut sich auf mit dem Ziel: das wahre Selbst zu verbergen und zu schützen.“ Winnicott bietet mit dem *falschen Selbst* ein Konzept an, das in der Lage ist, das Phänomen der Flucht in die Gesundheit und damit das Verschleppen schwerwiegender Symptome zu erklären bzw. nachvollziehbar zu machen. Er macht deutlich, welche fatalen Konsequenzen sich aus einer rigiden Anpassung an die soziale Umwelt ergeben können. Ich möchte daher diesen Beitrag Winnicotts näher ausführen.

Winnicott (1990) stellt klar, dass eine Flucht in die Gesundheit ihr Ziel zwangsläufig verfehlen müsse, denn es sei ein Charakteristikum der Gesundheit, Krankheit zulassen zu können. Dieser Rückzug von der Realität hin zu einer scheinbaren Gesundheit lässt sich bei Menschen beobachten, „die unbewusst ein falsches Selbst errichten mussten, um gegen die Welt zu bestehen, und bei denen diese falsche Front als Abwehr dient, um das wahre Selbst zu beschützen [...]. Die Gesellschaft fällt leicht auf eine solche psychische Organisation, die in einem falschen Selbst gründet, herein und muß teuer dafür bezahlen. Das falsche Selbst ist, obgleich von unserem Standpunkt aus gesehen eine erfolgreiche Abwehr, kein Aspekt von Gesundheit“ (Winnicott, 1990, 37). Ein gesunder Mensch zeichnet sich durch die Fähigkeit aus, Symbole zu verwenden, d. h. er ist in der Lage, sich in einen Bereich zu begeben, der zwischen

Traum und Realität liegt. In diesem von Winnicott als *Übergangsraum* bezeichneten Ort ist das möglich, was er das „kulturelle Leben“ nennt: „Die kulturelle Erfahrung beginnt als Spiel und führt schließlich in den gesamten Bereich der menschlichen Überlieferung hinein, welcher die Künste, die Geschichtsmythen, das langsame Fortschreiten der philosophischen Gedanken genauso umfaßt wie die Geheimnisse der Mathematik, der Gruppendynamik und Gruppenleitung und die Mysterien der Religion“ (Winnicott 1990, 40).

Mit einer Dominanz des *falschen Selbst* hingegen geht ein Defizit des Symbolgebrauchs und des kulturellen Lebens einher. Dieses Defizit bereitet schließlich den Boden für eine Abkehr von der Realität bei der Konfrontation mit bereits eingetretenen oder antizipierten Verlusterlebnissen. Winnicott stellt sein Konzept des *falschen Selbst* daher in die Nähe des Kleinianischen Konzepts der *manischen Abwehr*, da beiden die Verleugnung der Depression gemeinsam ist. Diejenigen, die depressive Gefühle zulassen können, demonstrieren, „dass sie ganz geworden“ (Winnicott 1990, 38) und in der Lage sind, Depressionen als Resultat dieser Integration in Kauf zu nehmen. Die anderen funktionieren und leiden hinter der Fassade, die dem Gegenüber und dem Individuum selbst glauben machen soll, dass „hoch statt tief, leicht statt schwer, strahlend statt dunkel, Lebendigkeit anstelle von innerer Erstarrung, Erregtheit anstelle von Gleichgültigkeit usw.“ die innere Welt charakterisiere (Winnicott 1990, 37). Woher stammt jedoch die autoaggressive Tendenz der Patienten, die Gegenstand dieses Artikels ist? Hierzu erläutert Winnicott, dass „alles Reale, alles Bedeutsame, alles Persönliche, Ursprüngliche und Schöpferische in schweren Fällen verborgen ist und sich in nichts äußert. In diesen Extremfällen spielt es für den einzelnen keine große Rolle, ob er überhaupt lebt oder tot ist“ (Winnicott 2002, 81).

Folgt man Winnicott und bezieht man seinen Beitrag auf die eingangs gestellte Frage nach dem Ort des Todes im Leben, so ließe sich mit ihm antworten, dass er im *falschen Selbst* verborgen sei und von dort aus an der Destruktion desselben arbeite, um den Preis der Selbstaufgabe: „Selbstmord in diesem Zusammenhang ist die Zerstörung des totalen Selbst, um die Vernichtung des wahren Selbst zu vermeiden. Wenn der Selbstmord die einzige Abwehr gegen einen Verrat des wahren Selbst ist, fällt es dem falschen Selbst zu, den Selbstmord zu organisieren. Dieser bringt natürlich auch seine eigene Zerstörung mit sich, beseitigt aber zugleich die Notwendigkeit seiner weiteren Existenz, da seine Funktion die Bewahrung des wahren Selbst vor Schaden ist“ (Winnicott 1988, 186). Die Existenz des wahren Selbst zeigt sich bei ihnen in dem Nebeneinander von Wissen und Nicht-Wissen um die Existenz und Bedrohlichkeit des Tumors. Es kommt zu dem, was Freud mit dem Terminus der Ich-Spaltung bezeichnet (s. o.). Winnicott zieht es jedoch vor, bezogen auf die Polarität von *wahrem* und *falschem Selbst* von einem Riss innerhalb der Person zu sprechen, um anzudeuten, dass es sich nicht um eine organisch saubere Spaltung handelt.

Zusammenfassend ließe sich mit Winnicott festhalten, dass die Verleugnung von Krankheitssymptomen und das Hinauszögern der Diagnosestellung als Ausdruck einer viel umfassenderen Form der Verleugnung – einer Selbstverleugnung im Sinne eines *falschen Selbst* – gesehen werden kann.

Einsamkeit – das Gefühl hinter der Fassade

Den zugrunde liegenden Interviews ist zu entnehmen, dass sich hinter Verleugnungsprozessen nicht nur Todesängste, sondern auch Sozialangst – d. h. die Angst vor Einsamkeit und Isolation – verbirgt. Theunissen (1984) bringt beide Aspekte in einen Zusammenhang. Er vertritt die Auffassung, dass der Mensch in Erlebnissen der Einsamkeit den Tod bereits zu Lebzeiten erfahren kann: „In jeder wirklichen Einsamkeit, die mehr und anderes ist als Alleinsein –, fühlen wir so etwas wie unseren eigenen Tod voraus. Gethsemane, der Garten der Einsamkeit Jesu, steht im Schatten von Golgatha, der Stätte seines Todes“ (119). Natürlich kommt darin nicht der endgültige Tod zum Vorschein, dieser würde ja nicht nur ein Abschiedensein von anderen, sondern auch von sich selbst bedeuten (vgl. Theunissen 1984). Gleichwohl beschleunigen Gefühle der Einsamkeit und Isolation pathologische Prozesse (vgl. Leppin u. Schwarzer 1997), so dass die Behauptung nicht sehr weit hergeholt zu sein scheint, der Tod ergreife über die Einsamkeit so sehr vom Menschen Besitz, dass er unter gewissen Umständen in der Lage ist, die gesamte Existenz auszulöschen. Dass die Interviewten sich hinter der Fassade einsam gefühlt haben, kommt in den folgenden Beispielen zum Ausdruck:

Frau E muss ihre Sorgen und Ängste verbergen und bleibt daher mit ihnen allein: „Also ich habe sehr viel mit mir selber.“ Bei Frau D äußert sich die Einsamkeit z. B. in der resignativen Feststellung, dass ihr niemand helfen könne:

„Also, weil ich mir immer sage, wenn mir auch schon mal was weh getan // also es tut ja jedem mal was weh. Und dann sage ich mir, der kann mir ja gar nicht helfen, wieso soll ich das nun jedem rum erzählen.“

Auch Herr A fühlt sich allein, weil sich sein Umfeld nicht wirklich für ihn interessiert:

„... wenn's mir schlecht geht interessiert das ja erstens sowieso keinen anderen Menschen – höchstens die verdienen Geld damit, hier dabei. Deswegen wird eigentlich auch nicht groß erzählt, wenn's einem mal schlechter geht oder so irgendetwas.“

Die beschriebenen Gefühle des Alleinseins können ebenfalls als eine Facette der depressiven Persönlichkeitsstruktur verstanden werden, die bereits oben ausgeführt wurde. Riemann (1987, 83–84) verweist auf den Zusammenhang zwischen Ich-Schwäche und sozialem Rückzug: „Es [das Kind, A. d. A.] hat der Welt zu wenig an Eigen-Sein entgegenzustellen, ist zu wenig Subjekt und

wird so zum Objekt anderer. Da es ihm immer unmöglicher wird, alle die vermeintlichen Forderungen zu erfüllen, weil es schließlich alles als Forderung erlebt, die es meint, erfüllen zu müssen, gerät es in immer neue Schuldgefühle und diesen folgende Depressionen. Deshalb scheuen viele depressive Menschen den Kontakt mit mehreren Personen – wie könnten sie all deren divergente Forderungen erfüllen – das kann man, wenn überhaupt, vielleicht bei einem einzelnen Menschen versuchen.“ Ihnen bliebe laut Riemann nur die Depression oder der unbewusste Streik in Situationen, in denen ihre Toleranzschwelle überschritten sei, was jedoch an der Existenz der Schuldgefühle nichts ändere (vgl. Riemann 1987). „Solange sie versuchen, die Angst vor der Ich-Werdung dadurch zu vermeiden, daß sie immer auf ihr Eigen-Sein verzichten, ist die Situation unlösbar. Was hier helfen kann, ist nur das Wagnis, ein eigenständiges Individuum zu werden“ (Riemann 1987, 85). Patienten auf diesem Weg zu ermutigen und zu begleiten sollte eine ebenso selbstverständliche und wertvolle Bestimmung der medizinischen Versorgung sein wie das Einwirken auf den Körper.

Praktische Implikationen für das Gesundheitssystem

Die wichtigste Aussage, die auf der Basis der in dieser Arbeit ermittelten Ergebnisse getroffen werden kann, bezieht sich auf die Diskrepanz zwischen dem Menschenbild, das den Planungen der Gesundheitspolitik zugrunde liegt, und der Realität, die diese Untersuchung sichtbar gemacht hat. In einem Gutachten des Sachverständigenrats zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (2000/2001, Bd. 1, 40) werden folgende Erwartungen an den Patienten geknüpft:

„Der Rat erkennt in Kompetenz und Partizipation die Schlüsselqualitäten des Nutzers, die einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben. Daraus folgt, dass zum einen vorhandene Kompetenzen besser genutzt werden müssen, und dass zum anderen das Nutzerverhalten durch einen Ausbau der Kompetenzen und durch mehr Partizipation zu verbessern ist.“

Auch wenn an anderer Stelle des Berichts betont wird, dass Patienten nur bedingt in der Rolle eines Kunden gesehen werden können, geht doch aus der Aussage eine sehr rationale Sicht des „optimalen“ Patienten hervor, der als gut informierter „Nutzer“ bestimmte Leistungen nachfragt und durch selbstverantwortliches Handeln Einsparungen im Gesundheitssystem ermöglicht. Das Heil für den Patienten wird nach dem jüngsten Bericht des Sachverständigenrates

zur „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ (2003, Bd. 1, 44) offenbar in der Information gesehen:

„Inhaltlich korrekte und verständliche Informationen zu allen Aspekten des Gesundbleibens, der Bewältigung von Krankheit und des Lebens mit bedingter Gesundheit sind notwendige (wenngleich meist nicht hinreichende) Bestandteile einer zeitgemäßen Prävention und Krankenversorgung sowie Voraussetzung für die Umsetzung von Konzepten, die auf Selbstverantwortung, auf den Patienten als Koproduzent von Gesundheit sowie auf empowerment abzielen.“

Die Logik der Aufklärung, die aus den Zitaten spricht, wonach der Patient lediglich umfassend informiert zu werden braucht, damit er autonom, vernünftig und damit kostengünstig gesundheitsorientierte Ziele ansteuert, hat wenig mit dem Verhalten eines Menschen zu tun, der aufgrund bestimmter Symptome befürchten muss, an einer tödlichen Krankheit zu leiden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern zahlreiche Belege dafür, dass Betroffene eben gerade nicht rational handeln. Es fehlt ihnen nicht an Informationen, sondern an der Möglichkeit, anders mit „Krank-Sein“ und damit verbundenen Ängsten umgehen zu können. Das aus der Sicht des auf den rationalen Menschen zielenden Gesundheitswesens teilweise absurd wirkende Verhalten der Befragten folgt dabei einer inneren Logik, die nur aus einer anderen Perspektive erschlossen werden kann. Eine Sichtweise, die Angst und Abwehrprozesse nicht in die Überlegungen von Prävention und Gesundheitsverhalten einbezieht, ist zum Scheitern verurteilt, weil sie elementare menschliche Reaktionsweisen im Zusammenhang mit Krankheit ignoriert.

Es soll mit der bis hierher geäußerten Kritik nicht der Eindruck erweckt werden, der Mensch sei grundsätzlich nicht zu rationalen Entscheidungen fähig – diese Rationalität hat jedoch enge Grenzen. Wenn Ängste in größerem Ausmaß das Erleben von Krankheit bzw. einzelnen Symptomen dominieren, wirken andere, stärker unbewusste Kräfte, die der Logik der Aufklärung nicht folgen. Bei der Diskussion um die notwendigen Veränderungen des Gesundheitssystems und der wissenschaftlichen Annäherung an die Konzepte der Zukunft muss der Patient als Subjekt und nicht als Gegenstand im Blick behalten werden, denn „die wirkliche Welt, in der wir leben, ist nun von der Fiktion der objektiven Naturwissenschaften in der Tat grundverschieden“ (v. Weizsäcker 1987, 16).

Literatur

- Freud, Sigmund (1919): Das Unheimliche. In *Gesammelte Werke*, Bd. XII (227–268). Frankfurt/M.: Fischer.
- Freud, Sigmund (1923): Das Ich und das Es. In *Gesammelte Werke*, Bd. XIII (235–289). Frankfurt/M.: Fischer.
- Freud, Sigmund (1924): Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. In *Gesammelte Werke*, Bd. XIII (361–368). Frankfurt/M.: Fischer.

- Freud, Sigmund (1938): Abriss der Psychoanalyse. In *Gesammelte Werke*, Bd. XVII (63–138). Frankfurt/M.: Fischer.
- Gadamer, Hans-Georg (1993a): Zum Problem der Intelligenz. In Hans-Georg Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit* (65–83). Frankfurt/M.: Suhrkamp (2. Auflage).
- Gadamer, Hans-Georg (1993b): Angst und Ängste. In Hans-Georg Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit* (189–200). Frankfurt/M.: Suhrkamp (2. Auflage).
- Honneth, Axel (1994): *Kampf um Anerkennung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hügli, Anton (1998): Tod. In Joachim Ritter u. Karlfried Gründer (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Band 10: St-T (1227–1242). Basel; Stuttgart: Schwabe & Co.
- Jaeggi, Eva, Angelika Faas u. Katja Mruck (1998): *Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten*. Berlin: Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin, Nr. 98–2 (2. überarb. Fassung).
- Laplanche, J. u. J.-B. Pontalis (1999): *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (15. Aufl.).
- Leppin, Anja u. Ralf Schwarzer (1997): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In Ralf Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie* (349–373). Göttingen: Hogrefe (2. Aufl.).
- Nietzsche, Friedrich (1886): *Jenseits von Gut und Böse. Vorspiel einer Philosophie der Zukunft*. Kritische Studienausgabe, Bd. 5 (9–243). München: Deutscher Taschenbuch Verlag (7. Aufl.).
- Pontalis, Jean-Bertrand (1998): Die Arbeit des Todes. In Jean-Bertrand Pontalis, *Zwischen Traum und Schmerz* (207–221). Frankfurt/M.: Fischer.
- Reutter, Otto (1919): In fünfzig Jahren ist alles vorbei [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.salmoxisbote.de/Bote11/reutter.htm> [November 2003]
- Riemann, Fritz (1987): *Grundformen der Angst*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000 / 2001 Kurzfassung, Bd. 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm> [März 2001].
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003 Kurzfassung, Bd. 1: Finanzierung und Nutzerorientierung [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/sogu03/03deut/kurz03.pdf> [November 2003].
- Stork, Jochen (1983): Versuch einer Einführung in das Werk von D. W. Winnicott. In Donald W. Winnicott, *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse* (9–28). Frankfurt/M.: Fischer.
- Theunissen, Michael (1984): Die Gegenwart des Todes im Leben. In Rolf Winau u. Hans Peter Rosemeier (Hg.), *Tod und Sterben* (102–124). Berlin: de Gruyter.
- Watzel, Tilman (2002): *Verleugnungsprozesse bei Tumorerkrankungen*. Berlin: Unveröffentlichte Diplomarbeit an der TU Berlin.
- Weizsäcker, Victor v. (1987): Stücke einer medizinischen Anthropologie. In Victor v. Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke: Stücke einer medizinischen Anthropologie*. Gesammelte Schriften, Bd. 5. (9–66). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Winnicott, Donald W. (1988): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/M.: Fischer.
- Winnicott, Donald W. (1990): Die Vorstellung eines gesunden Individuums. In Donald W. Winnicott, Der Anfang ist unsere Heimat: Essays zur gesellschaftlichen Entwicklung des Individuums (23–42). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, Donald W. (2002): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta (10. Aufl.).
- Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Frankfurt/Main: Campus.

Tilman Watzel, Peter-Vischer-Str. 16, D-12157 Berlin.
E-Mail: tilwat@web.de

Diplom-Psychologe in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Tiefenpsychologie) an der Berliner Akademie für Psychotherapie.

Arbeitsschwerpunkte: Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie.

Manuskriptendfassung eingereicht am 23. November 2005.